

362

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 1<sup>er</sup> Juillet 1896, à 1 heure*

PAR

Léon DEMONCHY

Né à Paris, le 7 février 1861

Licencié en Droit.

DU TYMPANISME

DANS

LA PNEUMONIE

*Président* : M. POTAIN, professeur.

*Juges* : { MM. LANDOUZY, professeur.  
BLANCHARD } *Agrégés.*  
GAUCHER }

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les  
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1896



362



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

**THÈSE**

N°

POUR

**LE DOCTORAT EN MÉDECINE**

*Présentée et soutenue le Mercredi 1<sup>er</sup> Juillet 1896, à 1 heure*

PAR

**Léon DEMONCHY**

Né à Paris, le 7 février 1861

Licencié en Droit.

**DU TYMPANISME**

DANS

**LA PNEUMONIE**

*Président : M. POTAIN, professeur.*

*Juges :* { MM. LANDOUZY, professeur.  
BLANCHARD } *Agrégés.*  
GAUCHER }

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les  
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

**HENRI JOUVE**

15, RUE RACINE, 15

1896

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                     |                      |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Doyen</b> .....                                                  | <b>M. BROUARDEL.</b> |
| <b>Professeurs</b> .....                                            | <b>MM.</b>           |
| Anatomie .....                                                      | FARABEUF.            |
| Physiologie .....                                                   | Ch. RICHET.          |
| Physique médicale .....                                             | GARIEL.              |
| Chimie organique et chimie minérale .....                           | GAUTIER.             |
| Histoire naturelle médicale .....                                   | N.                   |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                         | BOUCHARD.            |
| Pathologie médicale .....                                           | DIEULAFOY.           |
|                                                                     | DEBOVE               |
| Pathologie chirurgicale .....                                       | LANNELONGUE          |
| Anatomie pathologique .....                                         | CORNIL.              |
| Histologie .....                                                    | MATHIAS DUVAL        |
| Opérations et appareils .....                                       | TERRIER.             |
| Pharmacologie .....                                                 | FOUCHET.             |
| Thérapeutique et matière médicale .....                             | LANDOUZY.            |
| Hygiène .....                                                       | PROUST.              |
| Médecine légale .....                                               | BROUARDEL.           |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                    | LABOULBÈNE.          |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                          | STRAUS.              |
|                                                                     | SEE (G.)             |
| Clinique médicale .....                                             | POTAIN.              |
|                                                                     | JACCOUD.             |
|                                                                     | HAYEM.               |
|                                                                     | GRANCHER.            |
| Maladies des enfants .....                                          | JOFFROY.             |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale ..... | FOURNIER.            |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....               | RAYMOND.             |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      | TILLAUX.             |
|                                                                     | BECKER.              |
| Clinique chirurgicale .....                                         | DUPLAY.              |
|                                                                     | LE DENTU.            |
| Clinique des maladies des voies urinaires .....                     | GUYON.               |
| Clinique ophthalmologique .....                                     | PANAS.               |
| Clinique d'accouchement .....                                       | TARNIER.             |
|                                                                     | PINARD.              |

### Professeur honoraire :

M. PAJOT.

### Agrégés en exercice

| <b>MM.</b>             | <b>MM.</b>         | <b>MM.</b> |
|------------------------|--------------------|------------|
| ACHARD                 | GLEY.              | RICARD.    |
| ALBARRAN.              | HARTMANN.          | ROGER.     |
| ANDRE.                 | HEIM.              | SERILEAU.  |
| BAR.                   | LEJARS.            | THIERY.    |
| BONNAIRE.              | LETULIE.           | THOINOT.   |
| BROCA.                 | MARFAN.            | TUFFIER.   |
| CHANTEMESSE.           | MARIE.             | VARNIER.   |
| CHARRIN.               | MENETRIER.         | VILLEJEAN  |
| CHASSEVANT.            | NELATON.           | WALTER.    |
| DELBET.                | NETTER.            | WEISS.     |
| GAUCHER.               | POIRIER, chef des  | WIDAL.     |
| GILBERT.               | trav. anatomiques. | WURTZ.     |
| GILLES DE LA TOURETTE. | RETTNER.           |            |

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN

Membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences  
Officier de la Légion d'Honneur  
Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR BUCQUOY

Membre de l'Académie de médecine  
Professeur agrégé de la Faculté de Médecine  
Médecin des Hôpitaux  
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN

Nous prions Monsieur le Professeur Potain de bien vouloir agréer l'expression de notre profonde gratitude, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.



## HISTORIQUE

---

Nous n'avons pas l'intention de faire après tant d'autres, l'historique complet de la pneumonie. Cette besogne serait ici inutile, et de plus déplacée. Toutefois, le sujet de notre thèse nous engage à envisager un point particulier de cet historique, celui qui a trait à la percussion.

Percuter, c'est frapper d'une manière spéciale sur les diverses parties de l'organisme pour en explorer la sonorité ; c'est faire ressortir les qualités différentes du son pour en déduire et pour apprécier l'état et les lésions des organes renfermés dans les cavités. Le son obtenu peut bien donner lieu à quelques nuances d'interprétation suivant que le clinicien est plus ou moins exercé, que son ouïe est plus ou moins fine, et que ses facultés d'observation sont plus ou moins transcendantes ; mais ce sont là des détails qui dépendent de l'individualité plus ou moins puissante de chacun, et qui ne détruisent en rien la sûreté, la netteté de cette méthode si scientifique dans ses applications, si féconde en ses résultats. La percussion est tellement entrée dans nos habitudes médicales, qu'on s'étonne qu'elle ait jamais pu être ignorée, et que pendant longtemps on se soit contenté de signes à peu près purement fonctionnels pour

le diagnostic des maladies. C'est peut-être parce que **les** phénomènes les plus simples sont souvent les plus **difficiles** à expliquer, et que les découvertes, qui une fois révélées paraissent l'évidence même, sont les plus longues à éclore.

La percussion appliquée à la pneumonie donne des renseignements précieux et facilite la tâche du médecin qu'elle éclaire dans son diagnostic. Je ne vais pas jusqu'à dire que les anciens ignoraient la pneumonie ; non, car Hippocrate (1) la connaissait, et la désignait sous le nom de péricnemonie. C'est dire que depuis des milliers d'années cette affection est connue. Mais comment la connaissait-on ? Bien mal ; car on confondait pleurésie et pneumonie, ce qui n'étonnera pas si l'on songe à l'imperfection des moyens d'investigation alors en vigueur.

Ce n'est qu'au XVIII<sup>e</sup> siècle que fut découverte la percussion et qu'elle fut appliquée à l'étude des maladies et en particulier des maladies du poumon. Avenbrügger (2), qui enseigna la médecine à Vienne vers 1760, fut l'inventeur de cette méthode. Mais son procédé était encore grossier : il consistait à frapper le thorax avec l'extrémité des doigts réunis et allongés. Il eut d'ailleurs peu de succès et la découverte du médecin Viennois n'eut pas un grand retentissement.

Vingt à trente ans plus tard, parut Corvisart qui comprit tous les avantages qu'on pouvait tirer de ce mode d'investigation. C'était un esprit sagace et organisateur. Il

(1) Hippocrate. Œuvres. Edit. Littré. Tome V.

(2) Avenbrügger. Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité. Trad. du latin par Corvisart. Paris 1808.

sut créer en France l'enseignement clinique et, auprès de la foule des auditeurs qui se pressaient à ses leçons, il vulgarisa la découverte d'Avenbrügger. Il en tirait lui-même des résultats extraordinaires et émerveillait ses élèves par l'exactitude de ses déductions. Toutefois il ne se confina pas dans une imitation servile, même il modifia avantageusement le procédé. Il recommanda de percuter avec la main mise à plat, ce qui lui paraissait infiniment plus avantageux pour juger de l'étendue et de la profondeur des affections de la cavité thoracique.

Corvisart fit des disciples, et quels disciples ! Laënnec, Bouillaud, Piorry ! Laënnec révolutionna la médecine en apportant l'auscultation que Bouillaud appliqua à l'étude des maladies du cœur. Piorry recueillit l'héritage de Corvisart, et porta la percussion au plus haut degré de rigueur qu'on puisse imaginer. C'est aux mânes d'Avenbrügger, de Corvisart et de Laënnec, qu'il dédie son livre sur la Percussion médiate (1), rendant ainsi justice à ces génies inventeurs de la méthode.

Cependant il remplace la percussion directe par la percussion médiate qu'il juge plus propice, plus commode, plus sûre : « Peut-être m'abusé-je sur la préférence qui me semble devoir être accordée à la percussion médiate. Peut-être les sens des autres expérimentateurs sont ils plus développés que les miens. Peut-être découvrent-ils, à l'aide de la méthode d'Avenbrugger, des nuances de

(1) P. A. Piorry. De la percussion médiate et des signes obtenus à l'aide de ce nouveau moyen d'exploration dans les maladies des organes thoraciques et abdominaux. — Paris 1828.

son très peu distinctes pour moi, tandis qu'elles sont faciles à saisir dès que je me sers du plessimètre ; mais j'ose espérer du moins que mes recherches sur la percussion, répétées et perfectionnées, pourront dissiper quelques-unes des nombreuses obscurités qui entourent l'art du diagnostic. » (2)

La devise de son livre est : Un organe étant donné, chercher à déterminer pendant la vie sa disposition physique. Il s'applique en effet à la délimitation des différents viscères, comme à la recherche des modifications physiques qu'ils peuvent présenter. C'est un travail digne de son auteur et qui abonde en renseignements précieux pour l'esprit réfléchi qui cherche à s'instruire.

Depuis Piorry la percussion s'est conservée pour le grand bien de la clinique. On a abandonné à peu près complètement le plessimètre pour se contenter de l'interposition d'un doigt ; mais la méthode reste entière, et elle est encore universellement appliquée. Elle est féconde en résultats, et il semblerait extraordinaire à tous qu'on ne s'en servît plus pour le diagnostic des maladies. Elle fait partie intégrante du domaine de la sémiotique.

Telle est l'histoire de la percussion ; voyons maintenant quelles applications, durant cette évolution d'un siècle, en ont été tirées dans l'étude de la pneumonie.

Il avait semblé rationnel à Piorry, que pour s'entendre sur la qualité d'un son, pour pouvoir l'apprécier, il fallait le rapporter à un autre son choisi auparavant comme type. Et de fait le musicien moderne rapporte au *la* normal le son

(2) P. A. Piorry, loc. cit. p. VIII.

à évaluer en hauteur. Les sons fournis par la percussion des organes normaux avaient été choisis par Piorry comme termes de comparaison devant servir à évaluer et à désigner les différents bruits qu'il obtenait en percutant. C'est ainsi qu'il avait adopté le son fémoral, le son jécoral, ostéal, etc. Le son obtenu par la percussion d'un foyer de pneumonie était qualifiée par lui de cardial. « Sur plusieurs cadavres inconnus, nous avons trouvé des espaces plus ou moins étendus, tantôt en arrière et en bas, plus rarement en haut et en avant, où se faisait entendre un son voisin du cardial, et qui était circonscrit par le bruit pulmonal. Le plus souvent ce n'était pas suivant une ligne droite supérieure que les différences de son pouvaient être saisies, et elles ne variaient pas en raison des attitudes du sujet.

A l'ouverture, des portions du poumon hépatisées correspondaient aux espaces où l'on avait trouvé le son cardial, et le poumon sain là où l'on avait rencontré la résonnance pulmonale (1). »

On le voit, Piorry parle nettement de « son cardial », c'est-à-dire de son peu retentissant, de son mat. Or aujourd'hui on donne universellement le nom de matité au son sourd, sans retentissement, qui est superposé à tout foyer pneumonique. Piorry avait donc signalé la matité dans la pneumonie ; il parle même aussi de son stomacal, autrement dit de tympanisme. Mais il n'en parle pas pour la pleurésie, « car, dit-il, si le poumon est sain, le son obtenu au-dessus de l'épanchement est semblable à

(1) Piorry. Loc. cit. p. 106.  
Demonchy

celui que donne l'organe respiratoire normal (1). Avant lui, cependant, Avenbrügger (2) avait signalé le tympanisme dans la pleurésie : « *Verum si media pars aqua replata fuerit, evocabitur resonantia major in illa parte quam aquosus humor non occupaverit.* »

Mais, en 1856, Woillez (3), dans un mémoire publié dans les archives générales de médecine sur le tympanisme de la poitrine dans les maladies, considère le fait comme fréquent dans l'affection qui nous occupe, et il lui consacre plusieurs pages intéressantes. Nous relatons plus loin les observations qu'il a citées. Il ne se donne pas d'ailleurs comme ayant découvert le fait, car il cite Skoda, Legroux, Moutard-Martin, Aran et Beau comme ses précurseurs. L'étude qu'il fit n'attira sans doute pas fortement l'attention des auteurs, car ceux qui vinrent après lui, négligèrent, pour un temps du moins les résultats qu'il signale. En effet Béhier (4) dans ses conférences, Grisolle (5) dans son traité de la Pneumonie, Trousseau (6) dans ses cliniques, n'ont pas insisté sur ce chapitre. Mais le professeur Jaccoud (7), a su relever les mêmes phénomènes déjà décrits par Woillez, et il considère le tympanisme précurseur de la pneumonie comme constant. Pour lui, on ne le découvre

(1) Piorry. Loc. cit. p. 78.

(2) Avenbrügger. Loc. cit. § 45.

(3) Woillez. — Nouvelles études sur les bruits de percussion thoracique. Archives générales de médecine, 1856 vol. II p. 273.

(4) J. Béhier. — Conférences de clinique médicale faite à la pitié. (1861-62).

(5) Grisolle. — Traité de la pneumonie (1864).

(6) Trousseau. — Clinique médicale de l'hôtel Dieu de Paris 1877.

(7) Jaccoud. — Pathologie interne (1872).

pas par ce qu'on ne le cherche pas. Bernheim (1), dans ses cliniques médicales consacre un chapitre au tympanisme dans la pneumonie ; il y étudie même le bruit de pot fêlé en tant que symptomatique de cette affection. Vulpian (2), Schützenberger (3), citent des observations du même genre mais sans les approfondir, et sans en chercher la raison. Après eux, il semble s'être encore fait un long silence sur la question. Les traités classiques omettent de parler du tympanisme dans la pneumonie ou ne font qu'effleurer le sujet. Mais dernièrement Monsieur Galliard (4), médecin de l'hôpital Tenon, dans une revue générale sur le bruit de pot fêlé, signale la production de celui-ci dans la pneumonie, attirant ainsi à nouveau l'attention sur le phénomène qui nous occupe.

Tels sont les matériaux que nous a légués la médecine. Cherchons maintenant à les utiliser pour résoudre les questions suivantes :

1<sup>o</sup> Dans quelles circonstances et sous quelles formes trouve-t-on le tympanisme chez les pneumoniques ?

2<sup>o</sup> Quelle est sa valeur diagnostique ?

3<sup>o</sup> Comment se produit-il, quel est son mécanisme ?

La première question sera exposée dans l'étude clinique.

(1) Bernheim. — Leçons de clinique médicale. 1877.

(2) Vulpian. — Clinique médicale de la charité. 1869.

(3) Schützenberger. — Fragments d'études Pathologiques et cliniques. 1879.

(4) Galliard. — Le bruit de pot fêlé. in médecine moderne, 25 septembre 1895.

La deuxième se résoudra d'elle-même par l'examen des observations mises dans cette étude.

La troisième trouvera sa place à la partie intitulée mécanisme.



### Etude Clinique

*Dans quelles circonstances et sous quelles formes trouve-t-on le tympanisme chez les pneumoniques ?*

Avant de répondre à cette question, il est nécessaire de s'entendre exactement sur la signification du mot *tympanisme*, ce qui nous permettra de résoudre plus facilement la question des formes du tympanisme.

Le « son pulmonal » peut comme tous les sons être modifié dans ses trois qualités d'intensité, de timbre et de hauteur. L'intensité peut être plus ou moins grande de même que les violons donnent plus ou moins de son suivant leur mode de construction. Le timbre en est variable comme la hauteur.

Il y a *tympanisme* lorsque l'intensité est exagérée, ou, en un mot, lorsqu'il y a hypersonorité. Mais ce tympanisme peut être lui-même de hauteurs ou de qualités différentes suivant les cas : si l'air est sous forte pression, les vibrations en sont courtes et brèves, d'où un son élevé ; si l'air est sous faible pression, les vibrations sont amples et longues. Dans le premier cas, il y a tympanisme aigu, dans le second tympanisme grave. C'est ce qui arrive dans le pneumothorax à soupape et dans le pneumothorax fermé. Il faut savoir reconnaître le tympanisme aigu car un observateur non prévenu le prendrait volontiers pour de la matité. Le son skodique en revêt quelquefois le mode, de telle sorte qu'au lieu de placer l'hypersonorité au

sommet convenable, on la place au sommet opposé qui résonne comme d'habitude c'est-à-dire dont les vibrations sont plus larges que celles de celui du côté opposé.

Enfin, les variations du timbre amènent des bruits divers tels que le *bruit de pot fêlé*. Mais celui-ci n'est pas dû seulement à la variation du timbre. Il y a aussi des modifications de la sonorité ; or on n'est pas absolument d'accord sur la nature de celles-ci, car, si Faisans dit que le bruit de pot fêlé n'est qu'une variété de la matité, qu'étant bref, à tonalité élevée, il a les caractères constitutifs de la matité, il est certain qu'on le détermine aussi parfois chez des malades dont le sommet fournit une sonorité normale et même exagérée, si bien que Woillez le considère comme une modification du bruit skodique et que plusieurs le définissent de cette façon : tympanisme aigu avec timbre métallique.

A l'appui de cette manière de voir, vient l'observation de bruit de pot fêlé dans la pneumonie, que nous citons d'après Bernheim, tout au long dans le cours de notre ouvrage (obs. XI). Nous adoptons l'avis des derniers auteurs, et nous donnons le bruit de pot fêlé comme une des formes du tympanisme. Nous le rangeons donc parmi les cas de tympanisme relevés dans cette étude.

A cette première question, sous quelles formes trouve-t-on le tympanisme chez les pneumoniques, nous répondons, sous deux formes principales :

1° Tympanisme ordinaire.

2° Bruit de pot fêlé.

Nous nous sommes suffisamment étendus sur la signification des mots tympanisme et bruit de pot fêlé.

Nous n'y reviendrons pas et nous aborderons la seconde partie de la question : Dans quelles circonstances trouve-t-on le tympanisme chez les pneumoniques.

Les différentes formes de tympanisme, que nous désignerons ici par le mot de Tympanisme, sans préjuger de leur forme et pour plus de facilité de la lecture du texte, se rencontrent dans deux catégories de fait : 1° Avant l'apparition de tout autre symptôme stéthoscopique, c'est ce que nous appellerons, *tympanisme précurseur* ; 2° Après ou conjointement avec d'autres signes stéthoscopiques, c'est ce que nous appellerons *tympanisme compensateur*.

Ces deux termes ne tendent pas à définir la nature exacte de ce tympanisme ; ils ont une signification plutôt clinique qu'anatomo-pathologique.

Voici donc comment nous diviserons notre sujet en réponse à la question : Dans quelles circonstances se trouve le tympanisme chez les pneumoniques.

I. — Tympanisme précurseur.

II. — Tympanisme compensateur.

A. — Bi-latéral postéro-inférieur.

B. — Bi-latéral antéro-supérieur.

C. — Localisé à l'un des côtés de la poitrine :

1° En avant ou antérieur (son skodique) ; 2° En arrière ou postérieur.

#### I. — *Tympanisme précurseur*

Nous en trouvons des exemples dans Jaccoud et dans Bernheim :

Le Professeur Jaccoud (1), dans son *Traité de Pathologie interne*, s'exprime ainsi : « ... On conçoit d'après cela que le son tympanique est un phénomène tout à fait initial et temporaire, il fait rapidement place au son obscur ou sourd ; c'est simplement pour ce motif qu'il est rarement constaté et non pas du tout parce qu'il est exceptionnel. D'après mes observations, le son tympanique est constant et peut persister de vingt-quatre à trente heures, lorsque la pneumonie, tout en étant voisine de la surface, en est séparée par une couche de tissu sain ; dans ces conditions qui sont fréquentes au début, la *palpation et l'auscultation* peuvent être muettes et le *tympanisme limité* est le premier signe, le signe révélateur de l'exsudation. Récemment encore (Février 1870), j'ai pu faire suivre aux élèves de mon service l'évolution d'un cas de ce genre ; une femme robuste présentait les symptômes d'une inflammation pulmonaire depuis la veille au soir, et l'examen de la poitrine ne révélait d'autre anomalie qu'un son tympanique dans une région limitée du poumon droit ; vingt-quatre heures plus tard, situation identique, bien que les crachats ne laissassent plus aucun doute sur la nature de l'exsudation dévoilée par la percussion ; vers le soir seulement, apparition du râle crépitant ; après quoi, le son tympanique passe à l'obscurité, puis à la matité. — Je ne saurais trop appeler l'attention sur ce phénomène et sur les conditions physiques de son développement ; ce point de sémiologie mérite d'être mieux connu. »

(1) Jaccoud. *Loc. cit.*, p. 55.

L'observation suivante de Bernheim (1) est encore un exemple identique :

#### OBSERVATION XVI.

Marie, Reiser, âgée de 50 ans, célibataire, entre le 8 juillet 1874; elle est alitée depuis quatre jours; donne d'ailleurs des renseignements très vagues. Anémie habituelle due à la misère et à de mauvaises conditions hygiéniques. Depuis un mois aurait de la céphalgie, de l'oppression, des battements de cœur, de l'abattement, de la somnolence. N'a jamais eu d'affection rhumatismale. On constate sous la clavicule droite une sonorité moindre; une respiration rude et quelques râles généralisés. Battements du cœur réguliers, épigastriques. Diarrhée, soif intense. (Bronchite; anémie; emphysème; soupçon de tuberculose?) Soir: T. 40°, Trois selles diarrhéiques, T°, 39°6; P., 103. Le 9 juillet: Insomnie, abattement, *son tympanique en avant, au sommet gauche et respiration plus rude*. En arrière submatité dans la fosse sous-épineuse gauche; sibilances, ronchus sonores et un peu d'expiration souflée en arrière et au sommet gauche. Prescription: digitale, 0,75. Soir; T., 40°4; P. 108.

Le 10: T., 39°2; P., 120; R., 40. Soir: T, 39°2; P., 120; R., 40.

A eu trois selles diarrhéiques dans les vingt-quatre heures. Ventre non-douloureux, pas de taches rosées. Battements épigastriques très marqués. Même symptômes physiques au thorax.

Traitement: Digitale, 0,75; lavement d'amidon avec 10 gouttes de Laudanum. (Fièvre continue? Tuberculose aiguë?).

(1) Bernheim. Loc. citat. Observ. XVI, p. 63.

Le 11 : T., 37°; P., 100; R., 56. Soir T., 37° 8; P. 120; R., 56. Matité et respiration soufflée au sommet gauche en avant et en arrière. Selles involontaires. Pas d'expectoration. Teint terreux, jaunâtre (Pneumonie du sommet gauche avec hépatisation grise). Mort le 12 juillet.

Autopsie. — Engouement du poumon gauche, avec fausses membranes récentes, infiltrées de matière gélatineuse à la base; lobe supérieur hépatisé gris jusqu'à la surface en avant et à l'aisselle; en arrière la surface est simplement engouée jusqu'à une profondeur de quatre centimètres. Poumon droit engoué à la base et en arrière, emphysémateux en avant.

Cœur : 200 grammes de pus dans le péricarde; péricarde viscéral et pariétal villeux, épais; muscle cardiaque jaune, flasque, dégénéré. Valvule mitrale épaisse, raccourcie; infiltration calcaire de la valve droite, nodosités au niveau des insertions tendineuses de la valve gauche; il n'y a cependant ni rétrécissement ni insuffisance. Le cœur a son volume et ses dimensions normales. Athérome disséminé dans l'aorte. Foie un peu flasque et anémique.

(Bernheim : Leçons de Clinique médicale).

C'est donc un phénomène qu'il faut bien connaître : il est des cas où, à part les symptômes fonctionnels, rien ne permet de faire supposer qu'on a affaire à une pneumonie. Il n'existe qu'une sonorité exagérée en un point du thorax et aucun autre signe physique. La constatation de ce fait, chez une malade qui a eu un grand frisson, un point de côté et est encore actuellement fébrile, suffit à affirmer le diagnostic de pneumonie. A plus forte raison quand les crachats rouillés apparaissent.

## II. — *Tympanisme Compensateur,*

Nous réservons le qualificatif de compensateur au tympanisme que nous allons étudier, quoique rien ne prouve que le précédent ne soit pas compensateur aussi. Celui-ci, en tout cas, paraît seul, sans autre signe physique (ce qui ne veut pas dire qu'il n'y ait pas en même temps que lui des lésions pneumoniques réelles, mais qu'elles sont inaccessibles à l'investigation clinique). C'est ce qui le distingue de celui-là

Le tympanisme compensateur peut se rencontrer suivant différentes distributions :

- A) *Son tympanique bi-latéral postéro-inférieur.*
- B) *Son tympanique bi-latéral antéro-supérieur.*
- C) *Son tympanique localisé sur l'un des côtés de la poitrine.*

A) *Son tympanique bi-latéral postéro-inférieur.*

Woillez (1) en 1856 rechercha systématiquement le tympanisme dans toutes les maladies aiguës quelles qu'elles fussent. Il eut ainsi l'occasion de constater cette forme dans un cas de pneumonie : tympanisme des deux côtés de la poitrine, aux deux bases et en arrière.

Il ne s'agissait pas d'un ancien emphysème concomi-

(1) Woillez. Archives gén. de Méd. 1856.

tant car le son tympanique bien constaté primitivement a disparu avec la maladie concomitante.

Nous n'avons trouvé nulle part d'observation identique mais cela n'est pas étonnant. En effet, ainsi que le fait remarquer Woillez, il est dans nos habitudes cliniques, en explorant la base postérieure de la poitrine par la percussion, d'y rechercher à peu près exclusivement s'il y a ou non, matité, et de noter simplement la présence ou l'absence de ce signe, à l'exclusion du signe contraire le tympanisme.

*B) Son tympanique bi-latéral antéro-supérieur.*

Woillez dans le travail que nous citons plus haut a trouvé moins fréquemment ce mode de distribution du tympanisme. Il n'en cite que quatre cas, alors qu'il en connaît dix du précédent. Néanmoins sur ces quatre cas il cite une pneumonie. Cela prouve la tendance du thorax au tympanisme dans cette affection, puisque celui-ci y existe sous la forme où il est le plus rare de le rencontrer.

Nous n'avons trouvé dans les auteurs que l'observation de Woillez.

*C) Son tympanique localisé sur l'un des côtés de la poitrine.*

Si les observations sont rares, lorsqu'il s'agit de tympanisme bilatéral, il n'en est plus de même ici.

Et d'abord divisons et étudions successivement :

1<sup>o</sup> Le tympanisme antérieur.

2<sup>o</sup> Le tympanisme postérieur.

*1° Tympanisme antérieur.*

Le tympanisme antérieur a été trouvé par Woillez trois fois dans la pneumonie sur un total de huit observations ayant trait à des maladies différentes. Les cinq autres cas se rapportaient, trois à des pleurésies, un à un emphysème pulmonaire, un à une leucocythémie. Il est donc surtout prédominant dans la pleurésie et la pneumonie et, à ce point de vue, mérite une place à part dans le diagnostic de ces deux maladies. Cette fréquence lui donne une valeur symptomatique très grande dans le diagnostic de ces deux affections.

Où siège-t-il exactement, ce tympanisme antérieur ? On le trouve au-dessus et en dedans du mamelon du côté malade, ou pour parler plus simplement, sous la clavicule du côté sain.

Mais il y a deux catégories de faits à distinguer :

a) Dans certains cas, le tympanisme est superposé à un foyer pneumonique. La compensation s'établit *au niveau* même de la lésion, le foyer d'hépatisation siégeant en arrière.

b) Dans les autres cas, le tympanisme siège à un niveau tout *différent* de celui de l'hépatisation.

Dans cette catégorie de faits, il s'agit de ce qu'on a appelé le son skodique, du nom de Skoda qui l'avait décrit, non le premier, car Avenbrügger l'avait signalé avant lui, mais avec la plus grande insistance. Ce son skodique est décrit par les auteurs dans la pleurésie, mais il existe aussi dans la pneumonie.

Nous avons trouvé plusieurs observations de ce genre :

a) *Tympanisme antérieur compensateur au niveau.*

Obs. Woillez. Arch. de médecine, 1856.

OBSERVATION VI

Une femme âgée de 29 ans, blonde, d'une complexion délicate, fut prise, le 9 août 1855, sans prodromes, de frissons avec douleur du côté droit de la poitrine, et fut admise deux jours après à la Pitié (salle du Rosaire n° 3), où je la trouvai dans l'état suivant le lendemain 12 août :

Peu d'abattement ; pouls à 116, petit, régulier ; chaleur médiocre de la peau, sentiment d'endolorissement dans tout le côté droit, la poitrine augmentant dans les grandes inspirations ou par la toux ; foyers douloureux à la pression des sixième et septième espaces intercostaux en arrière et en dehors du même côté, avec point correspondant à l'épigastre à droite de la ligne blanche ; respiration accélérée avec oppression manifeste, toux assez fréquente, fond du crachoir recouvert de crachats aérés mélangés intimement de sang, mais très légèrement visqueux et sans demi-transparence.

Poitrine peu développée, sans conformation vicieuse en avant, mais présentant en arrière une saillie très prononcée du côté droit, sans déviation apparente de l'épine dorsale. *Percussion sonore en avant, d'une intensité égale des deux côtés immédiatement au-dessous des deux clavicles, mais donnant un son évidemment tympanique à droite, au niveau de la partie interne des deuxième et troisième espaces intercostaux, à partir du sternum.*

En arrière de la poitrine, tout le côté droit présente du haut en bas une obscurité relative du son, mais nulle part de matité absolue ni de son tympanique. L'auscultation en avant comme en arrière fait entendre à droite une respiration faible partout, sans râle ni retentissement de la voix ; à gauche, bruit respiratoire fort, un peu rude, avec expiration un peu prolongée, également partout.

Bouche pâteuse, langue recouverte d'un enduit grisâtre ; anorexie et dégoût des aliments sans douleur du ventre, qui présente seulement un peu de gargouillement à la pression ; pas de diarrhée. — Prescription : gomme sucrée, tarte stibié, 0 gr. 10 ; diète.

Le 13 août : il y a eu la veille plusieurs vomissements suivis de soulagements : pouls à 92, diminution de la dyspnée, mais d'ailleurs même état.

Le 14. A droite de la poitrine, les points douloureux à la pression persistent. Même son tympanique en avant du même côté, au dessus et en dedans du mamelon ; en arrière, son moins obscur inférieurement du même côté droit, et supérieurement, au niveau de la fosse sus-épineuse, bronchophonie et un peu de râle sous-crépitant dans l'inspiration ; pas de râle ailleurs. Du côté gauche, même état que précédemment : pouls comme hier, mais peu régulier. Gomme sucrée ; 1 jul. gom. ; 1 pil. op., 0 gr. 05 ; 2 bouillons.

Le 15. De nouveaux signes sont apparus au sommet du poumon droit : sous la clavicule correspondante, douleur spontanée, augmentant beaucoup par la percussion, qui fournit toujours le son tympanique indiqué précédemment ; respiration assez rude avec expiration prolongée (pas au-dessous) et quelques bulles de râles crépitants très fins qui font surtout explosion par la toux ; bronchophonie et vibrations thoraciques augmentées. Rien de particulier à gauche.

L'expectoration a diminué, mais elle présente les mêmes caractères : pouls à 82, encore un peu irrégulier,

sans que l'on constate rien autre chose au cœur que cette irrégularité légère. La malade se trouve d'ailleurs bien. Même prescription.

A partir du lendemain, 16 août, l'amélioration marche rapidement.

Dans la nuit du 18, il survient des sueurs très abondantes, et dès lors les signes de pneumonie disparaissent au sommet du poumon droit, ainsi que le son tympanique en avant. Sortie le 26, dix-sept jours après le début.

### OBSERVATION III

Frédéric Müller, âgé de 59 ans, fabricant de tricot, d'une constitution peu robuste, tempérament mixte, vivant dans une misère profonde, a eu, à l'âge de 18 ans, une fièvre typhoïde, et, en 1843, une pneumonie qui a duré six semaines.

Le 17 janvier 1855, à la suite de refroidissement et par une température très froide, nouvelle pneumonie caractérisée à son invasion : 1° par une fièvre intense précédée de frisson ; 2° un point de côté de la région sous-mammaire droite ; 3° de la toux sans expectoration sanguinolente et de la dyspnée. A l'entrée du malade à la clinique, le cinquième jour, 22 janvier, on constate l'état suivant :

1° Fièvre de moyenne intensité, pouls à 80 peu résistant, vif et assez petit, peau chaude, soif, abattement ;

2° Dyspnée, toux avec expectoration rare de quelques crachats visqueux olivâtres ;

3° A la percussion, *son plus grêle, un peu tympanique dans la région sous-mammaire droite*. En arrière, matité absolue dans toute la région thoracique postérieure droite.

4° A l'auscultation, souffle tubaire mêlé de quelques râles crépitants rares et fins dans la région interscapulaire. Râles plus gros et plus abondants dans la région sous-scapulaire. Souffle sans râle en haut.

A l'entrée du malade, l'interne de garde avait pratiqué une saignée et prescrit une potion stibiée. Ce médicament étant bien toléré, on le continue à la dose de 30 centigrammes par jour, en l'associant à des applications de ventouses sèches et scarifiées, l'état général ne permettant plus d'émission sanguine générale.

Quoique bien toléré, le tartre stibié n'exerce aucune influence favorable sur la marche de la pneumonie, l'hépatisation s'étend en avant. L'état général s'aggrave rapidement, le malade s'affaisse et meurt le 27 janvier, cinq jours après son entrée, dixième jour de la maladie.

A l'autopsie, faite trente-six heures après la mort, on constate :

1° Une hépatisation complète de tout le poumon droit, jaune grisâtre en arrière et en haut, rouge foncé en bas.

2° Une section faite suivant le diamètre vertical du poumon droit met à découvert, au lobe supérieur, une surface décolorée, d'un blanc jaunâtre très dense, sèche et grenue. Par les orifices de petites bronches béantes on peut extraire des cylindres vermiciformes, ramifiés, solides et pleins, constitués par de la fibrine coagulée. Les grosses bronches ne contiennent qu'une petite quantité de mucus visqueux.

Le lobe inférieur droit est à l'état d'hépatisation rouge sans cylindre fibrineux.

3° L'artère pulmonaire, dans ses ramifications droites, est remplie de coagulations fibrineuses décolorées qui s'étendent jusqu'aux petites ramifications du lobe supérieur droit. La coagulation est moins marquée à gauche et dans le lobe inférieur droit. Le cœur droit contient des caillots fibrineux volumineux et adhérents.

(Le Dr Schützenberger. Fragments d'études pathologiques et cliniques).

### OBSERVATION XIX

Cet homme, âgé de cinquante-deux ans, qui exerce la profession de tonnelier, tousse depuis plusieurs années tous les hivers, sans avoir éprouvé d'hémoptysie, sans amaigrissement notable. Il fut pris dans la nuit du 20 au 21 Janvier 1862, sans cause appréciable, de violents frissons, avec dyspnée intense, courbature générale, douleur très vive aux deux côtés de la poitrine pendant l'inspiration et surtout pendant la toux. (Nous apprenons que depuis longtemps il se livrait à des habitudes d'ivrognerie).

Entré le 22, il offre l'état suivant : le pouls est dur, fort et fréquent, la respiration est haute, sifflante, la dyspnée très vive ; les accès de toux sont répétés, surtout quand il est assis, et l'expectoration, rare et difficile, ne présente pas de coloration caractéristique. Toute la partie antérieure du thorax, *même la région précordiale donne à la percussion un son très clair*. En arrière on ne trouve de matité qu'à droite, dans la moitié supérieure du poumon. Dans ces mêmes points du côté droit on constate un souffle très rude, de la bronchophonie et des vibrations exagérées des parois, à l'application de la main. (Julep avec émétique 0,20 ; et pour la nuit, julep avec 2 grammes extrait de Kina).

Le 23. — Même état ; l'émétique a déterminé une diarrhée très abondante (même prescription).

Le 24. — La dyspnée est beaucoup moins forte ; sauf cela, rien n'est changé ; la diarrhée a persisté (même traitement).

Le 25. -- La toux est moins fréquente et moins pénible ; la diarrhée a cessé ; il y a peu d'agitation (même traitement ; plus un lavement avec musc, 0,40).

Le 26. — Même état, crachats rouillés.

Le 27. — Même souffle ; toux très rare ; crachats rouillés (même traitement).

Le 29. — Quelques râles très rares se mêlent au souffle toujours intense, le pouls est moins dur et moins fréquent ; il y a toujours des rêvasseries (même traitement).

Le 31. — Le râle crépitant humide persiste, et l'on peut espérer que la convalescence va commencer. L'émétique est remplacé par 3 grammes d'oxyde blanc d'antimoine. (On continue l'extrait de quinquina. Vin de Bordeaux, 500 grammes).

Le 1<sup>er</sup> Février. — Délire pendant la nuit. On n'entend plus de râles de retour, mais de nouveau un souffle très dur dans toute la moitié supérieure du poumon droit. (On applique un large vésicatoire sur le côté droit, un vésicatoire à chaque bras, et à chaque mollet. L'oxyde d'antimoine est suspendu ; julep diacode).

Le 3. — Le délire a persisté ; le malade dont les réponses sont difficiles à obtenir et très brusques, conserve encore beaucoup d'abattement le matin et se plaint du vague qui existe dans ses idées. La respiration est très anxieuse, râlante. A l'auscultation on trouve tout le poumon gauche et la moitié inférieure du poumon droit remplis de gros râles. Le souffle est devenu d'une rudesse excessive. Le ralentissement de la voix est très fort et frappe très désagréablement l'oreille. Le pouls est plus fréquent (120) et mou. (Le vin de Bordeaux, l'extrait de quinquina sont continués. On y ajoute une potion avec musc 0,40 ; opium, 0,15 en pilules).

Le 4. — Nuit plus calme, sans délire. Le pouls, toujours fréquent, est plus dur. Les vésicatoires appliqués au mollet gauche et au bras droit ont déterminé de l'œdème.

La respiration est moins anxieuse, le souffle toujours aussi rude, est cependant de nouveau mêlé de quelques râles fins. Les râles de bronchite persistent dans tout le reste des deux poumons. Au côté droit, au-dessous des points envahis par le souffle, on entend un bruit de frottement pleural très net ; pas de douleur de côté, pas de matité ni d'œgophonie dans les points correspondants (même traitement : extrait d'opium, 0,20).

Le 5. — La nuit a été assez calme, sans délire ; la respiration paraît plus libre ; la toux est beaucoup moins fréquente ; il y a peu de céphalagie ; le pouls est à 128. Le souffle persiste avec sa rudesse, le bruit de frottement persiste également, mais les râles de bronchite sont beaucoup moins abondants (même traitement).

Le 10 février. Le malade est toujours agité : ses mouvements sont tremblants et indécis ; la voix est chevrotante ; l'état du pouls est le même ; le souffle tubaire du sommet droit persiste. L'extrait d'opium est supprimé, de peur de le voir entretenir ce vague de l'intelligence. On continue le Julep avec 30 grammes de sirop diacode, 500 grammes de Bordeaux ; large vésicatoire sur le côté droit de la poitrine, en avant.

Le 13. L'état général ne présente aucune amélioration : les crachats sont toujours visqueux ; le pouls est fréquent, 130 ; la peau chaude ; le souffle du côté droit n'est pas changé, mais en faisant un examen complet de la poitrine, on trouve des signes locaux qui n'existaient pas les jours précédents. Au niveau de l'aisselle, du côté gauche, l'auscultation fait découvrir, dans l'étendue de la main à peu près, un souffle tubaire peu intense, mais mélangé et entouré de râles crépitants secs et fins, qui n'existent pas plus bas ou plus haut. A ce même niveau, la sonorité est positivement bien moindre, c'est un nouveau point de pneumonie. (Vésicatoires aux deux cuisses et aux deux bras ; 500 grammes de Bordeaux ; 2 grammes kina ; Julep

avec 10 grammes Acétate d'ammoniaque ; quatre laits de poule).

Le 15. Même état sur tous les points. (Même prescription ; plus un julep avec musc, 0,40, et lavement avec musc, 0,40 ; laudanum, 20 gouttes).

Le 17. Le malade paraît beaucoup plus calme. On entend des deux côtés un peu de râles humides mêlés au souffle ; pouls à 122. (Large vésicatoire sur le côté gauche).

Le 25. La pneumonie gauche est guérie, l'auscultation le constate ; la peau est moins brûlante, le pouls moins fébrile, 104 ; mais l'état de subdélirium continue, et le tremblement dans tous les mouvements persiste. Même traitement).

Le 1<sup>er</sup> mars. Même état : tremblement, délire. Dans l'hypothèse d'une lésion cérébrale véritable qu'entretenait cet état, je fis suspendre tout le traitement, et le remplaçai par : iodure de potassium, 4 grammes.

Le 2. Même état, même traitement.

Le 3. A trois heures du matin, secousses convulsives pendant une demi-heure. Mort.

Le 4. Autopsie. Le lobe supérieur du poumon droit est transformé tout entier en une substance d'un gris bleuâtre, compacte, solide et résistant sous le doigt sans se laisser pénétrer ; tous les lobules du poumon se dessinent d'une manière très nette en lignes noires sur le fond gris de la masse ainsi indurée.

Telles sont les seules altérations que l'on constate à la base du lobe supérieur dans une étendue de 2 centimètres ; mais, à partir de ce point jusqu'au sommet, le tissu pulmonaire est criblé de petits tubercules d'apparence caséeuse non encore ramollis, restant tous séparés et représentant depuis le volume d'un grain de millet, jusqu'à celui d'un pois.

A gauche, on ne trouve plus aucune trace d'hépatisa-

tion véritable ; mais, au sommet, il existe aussi quelques tubercules très petits et non encore ramollis.

Les deux poumons, dans le reste de leur étendue, laissent échapper à la pression, surtout le poumon gauche, une grande quantité de sérosité mêlée de bulles d'air, traces de la phlegmasie antérieure.

Cerveau : sous les méninges existe une suffusion séreuse très abondante, sans teinte purulente et sans fausses membranes ; la pulpe cérébrale est de consistance normale sans hémorrhagie, et sans congestion locale ou générale bien marquée.

(J. Béhier. Conférences de clinique médicale).

Nous mettons à la suite de ces observations, celle de Bernheim, ayant trait au bruit de pot fêlé rencontré dans une pneumonie du sommet. Nous nous rangeons, en effet, à l'avis des auteurs qui considèrent le bruit de pot fêlé comme un tympanisme élevé et exagéré. Là, ce bruit était entouré d'une zone tympanique, ce qui cadre fort bien avec notre hypothèse, et le place, comme interprétation au point où nous le mettons.

## OBSERVATION XI

Bouillon (Adolphe), de Metz, manoeuvre, entre à l'hôpital Saint-Charles, le 4 juin 1874. Il y a trois jours, à 6 heures du soir, douleur entre les deux épaules, fièvre, céphalalgie. A l'entrée du malade, on constate de la matité

dans les fosses sus et sous-épineuses droites, avec souffle et râles crépitants, de la sonorité exagérée et une respiration normale en avant, etc. (Pneumonie du sommet à la partie postérieure du poumon droit).

Le 8 juin, 7<sup>e</sup> jour : T. 40° 6 ; en arrière et à droite, depuis le sommet jusqu'à l'angle de l'omoplate, matité complète ; souffle tubaire et quelques ronchus. En avant, à l'auscultation, souffle et râles crépitants ; sous la clavicule, son aigu et vide non tympanique ; quand le malade ouvre la bouche, on obtient en cette région, *un bruit de pot fêlé* ; au second et au troisième espace intercostal, son profond tympanique ; au quatrième espace, bruit de pot fêlé ; au-dessous, sonorité normale.

Le 9 juin, 8<sup>e</sup> jour, veille de la défervescence, le bruit de pot fêlé ne se produit plus. (Bernheim, leçons de clinique médicale).

b). *Tympanisme antérieur compensateur non au niveau*

#### OBSERVATION LXXX

*Pleuro-pneumonie. Hémoptysies abondantes antérieures.  
Guérison rapide. Absence de signes de tuberculose.*

Le nommé D... Louis, 45 ans, typographe.

Entré le 1<sup>er</sup> février 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 20.

Antécédents. — Cet homme est âgé de 45 ans.

Ouvrier typographe de son état, il avoue avoir abusé un peu de l'alcool. Il a été, pendant quelque temps, sujet aux pituites, le matin.

En 1875, il a eu des crachements de sang abondants

qui survinrent sans cause bien appréciable. Le sang expectoré était un sang rutilant, aéré ; l'expectoration sanguine s'accompagnait d'un léger sentiment de chaleur dans la poitrine : en somme, il paraît bien avoir existé des hémoptysies véritables. La première fois, il dit avoir rendu un litre de sang environ, et il aurait continué quelques jours après à en expectorer encore des quantités assez notables. Toutefois, ces hémoptysies ne lui firent pas prendre le lit, et il put continuer son travail.

A part ces accidents, il dit s'être toujours bien porté, et avoir toujours joui d'une robuste constitution.

Pas de syphilis. Rien à noter de particulier du côté de ses parents. Il est marié, mais n'a pas d'enfants.

Il y a 3 jours, il ressentit du malaise, fut courbaturé : il continua son travail, il est vrai, mais sans entrain ; il fut obligé de s'arrêter, souffrant d'un lumbago du côté gauche.

La nuit, il fut pris de fièvre, d'un peu de délire ; mais il ne se rappelle pas avoir eu de frisson.

Le lendemain matin, il eut un point de côté très douloureux au niveau du septième espace intercostal gauche. Bientôt, il se mit à tousser, à cracher ; ses crachats avaient une couleur rouillée particulière.

L'appétit était complètement perdu ; il vomit de la bile et des aliments.

La dyspnée allant en augmentant, et le malade ressentant des douleurs dans toutes les jointures, il se décide à entrer à l'hôpital le 1<sup>er</sup> février 1877.

1<sup>er</sup> février, soir. — Etat actuel. — C'est un homme grand, vigoureux, quoique un peu fatigué. Son visage est vultueux : la pommette gauche est plus colorée que la droite.

Son corps est couvert de sueurs, et bientôt on le voit pris d'un frisson assez prolongé (une demi-heure environ).

Il se couche de préférence sur le côté droit.

Sa peau est jaunâtre, il en est de même de ses sclérotiques.

Dyspnée assez intense, il est obligé de s'arrêter de temps en temps en parlant.

Point de côté dans le septième espace intercostal gauche; cette douleur est permanente, avec élancements; elle est augmentée par la pression dans certaines régions, (point xiphoïdien, pas de point vertébral).

Le malade éprouve un sentiment de brisement général.

La langue est blanche, l'appétit nul, la soif vive; constipation.

Foie un peu gros: il dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt.

La rate est saine.

Un peu d'œdème des membres inférieurs.

Crachats: Jus de pruneaux, adhérents, non aérés.

Percussion: A gauche, submatité au milieu du thorax et en arrière; matité complète en bas. Son normal en avant; *un peu exagéré pourtant sous la clavicule.*

A droite: Son normal.

Le côté gauche ne se dilate pas aussi amplement que le droit pendant l'inspiration.

Auscultation. — Poumon gauche. — Râles crépitants, nombreux dans toute la partie où l'on a constaté de la submatité. Souffle tubaire très fort dans les points où la matité était complète.

Plus bas, le souffle est large, voilé, profond: On l'entend aussi sur les parties latérales du thorax avec ce même timbre.

Bronchophonie en haut.

Tout-à-fait dans le bas, broncho-égophonie, qui se perçoit aussi sur les parties latérales déclives.

Rien de particulier à noter dans le reste de l'appareil respiratoire.

Palpation. — Augmentation des vibrations thoraciques au niveau de la submatité. Diminution légère de ces vibrations, là où il y a de la broncho-égophonie.

Cœur sain. — Pouls, 120. — T., 39, 6. — R, 28.

Urine peu abondante, foncée rouge. Par l'acide nitrique, très léger nuage d'albumine au-dessous d'un diaphragme d'acide urique.

Traitement. — M. Vulpian fait appliquer huit ventouses scarifiées sur le côté gauche de la poitrine en arrière et en bas.

Il ordonne : potion avec 30 centigrammes de tartre stibié et 30 grammes de sirop d'opium. Diète.

2 février. — Les râles crépitants ont augmenté en intensité et en étendue ; le souffle a un peu diminué en bas de la poitrine.

Souffle très rude à la partie externe de l'angle de l'omoplate gauche.

Le point de côté a presque disparu pendant la nuit.

Il y a eu une diarrhée abondante et des vomissements pendant toute la journée. Ils ont cessé pendant la nuit.

Le malade se sent mieux ; il tousse peu.

T., 38° 8 ; P., 120 ; R., 33. (8 ventouses scarifiées dans la même région du côté gauche). On continue la potion stibiée.

3 février. — T., 37° 6 ; P., 90 ; R., 28.

Plus de point de côté. Le malade se sent beaucoup mieux ; il crache avec difficulté. Les crachats sont plus verdâtres, moins rouillés et moins adhérents.

Le souffle a presque disparu.

Râles crépitants de retour au niveau de l'angle de l'omoplate gauche.

Frottements nombreux imitant le râle sous-crépitant en bas. On continue la potion stibiée.

4 Février. — Frottement en bas de la poitrine.

Râles crépitants de retour au niveau de l'omoplate.

Crachats verdâtres, non rouillés, non adhérents. On supprime la potion. Le malade commence à manger.

6 Février. -- Il n'y a presque plus de frottements ni de râles.

Matité considérablement diminuée. Le malade se sent très bien. Crachats de bronchite simple.

10 Février. — Le mieux continue ; le malade reste levé une partie de la journée.

15 Février. — Plus de râles.

23 Février. — Le malade quitte l'hôpital, guéri. (A. Vulpian. — Clinique médicale de l'hôpital de la Charité.)

#### OBSRVATION LXXXI

Pleuro-pneumonie chez un homme soumis, quelques années avant, à l'intoxication palustre. Régularité cyclique de la fièvre. — Guérison. — Courbe de l'urée dans la convalescence.

Le nommé B..., 27 ans, garçon fruitier.

Entré le 1<sup>er</sup> mars 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 15.

Antécédents. — En 1868, ce malade contracta, pendant son séjour en Afrique, les fièvres intermittentes. Cette première atteinte dura plus d'une année. Traitement par le sulfate de quinine. La fièvre qui ne paraît pas avoir eu de complications particulières, revenait tous les deux jours dans l'après-midi. L'accès durait une partie de la nuit.

Revenu à Paris, où il a toujours habité depuis, il eut une nouvelle attaque de fièvre intermittente, il y a un an et demi : elle ne dura que quelques jours, grâce à un traitement approprié.

Il y a quatre mois, une nouvelle attaque se montra et fut aussitôt arrêtée par le sulfate de quinine.

21 Février. — Maladie actuelle. Il y a 8 jours, cet

homme, étant chargé d'un fardeau, fit une chute dans un escalier. Le coup porta sur le côté gauche du thorax. Pendant les cinq jours qui suivirent, il ne se ressentit point de cette chute, et sa santé fut excellente, comme auparavant. Interrogé avec insistance sur ce point, le malade est très affirmatif.

Le 27 Février, vers 3 heures de l'après-midi, il est pris d'un frisson intense, avec malaise, courbature, fièvre. L'état fébrile dura jusqu'au matin 1<sup>er</sup> mars, sans interruption.

Dans la nuit du 1<sup>er</sup> mars au 2 mars, il eût un point de côté à droite, un peu en arrière du thorax, et le lendemain à partir de midi, il se mit à tousser.

Ce même jour, il eût une hémoptysie. Il rendit environ un plein crachoir de sang.

Bientôt il survint une dyspnée considérable, ce qui le décida à entrer à l'hôpital.

Etat actuel (2 mars). — La face animée ; les mouvements respiratoires précipités ; le malade présente une grande agitation et n'a pas dormi depuis deux nuits.

Il tousse beaucoup, mais ne crache presque pas. Les crachats expectorés sont filants, visqueux, jaunâtres. Ils adhèrent fortement au crachoir.

L'examen de la poitrine révèle les phénomènes suivants :

En avant, la percussion donne *une sonorité un peu exagérée*. A droite du thorax, la tonalité est plus basse qu'à gauche. A gauche et en arrière, il y a une légère submatité occupant le 1/3 inférieur du poumon. En arrière le côté droit est absolument mat dans toute sa hauteur.

Auscultation. — Du côté droit de la poitrine, on perçoit du souffle dans la hauteur du poumon, en arrière. Au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, ce souffle est rude, presque tubaire ; dans le reste de l'étendue du poumon, il est plus voilé, et surtout manifeste à l'expiration.

Retentissement bronchophonique de la voix, au niveau de la racine des bronches du côté droit. En cette même région, râles crépitants nombreux. Dans le reste de l'étendue du poumon, broncho-égophonie. Diminution notable des vibrations thoraciques. A gauche, on entend, en bas, un souffle doux et de l'égophonie occupant tout ce côté jusqu'à la ligne axillaire postérieure, mais ce bruit égophonique est très faible et paraît dû à la propagation de celui du côté droit.

T. A., 40°, 3. — Pouls 136. — Urines rares, foncées en couleur ; ni albumine, ni sucre.

L'appétit est nul. Etat gastrique très prononcé. Constipation.

Traitement. — On fait appliquer huit ventouses scarifiées sur la base de la poitrine, du côté droit. Potion gommeuse avec 30 centigr. de tartre stibié.

3 mars. — T. A., 40°1 ; selles nombreuses la veille et plusieurs vomissements. Le malade a la peau très sèche. Les nuits sont agitées. La température du soir est égale à celle du matin. Même potion. Vésicatoire sur le côté droit du thorax, en arrière.

4 mars. — Un peu d'amélioration ; cependant, la nuit, il y a encore du délire.

5 mars. — T. A., 39°4. Le délire continue encore pendant la nuit ; toutefois le malade est moins agité. Potion stibiée.

6 mars. — L'expectoration est presque nulle. Le souffle, au niveau de la racine des bronches, est beaucoup moins fort.

7 mars. — Délire très modéré pendant la nuit.

10 mars. — Le souffle pleuro-pneumonique a disparu. Il est remplacé par des râles crépitants abondants. On supprime la potion stibiée. Les jours suivants on constate une amélioration progressive.

20 mars. — Les râles crépitants vont diminuant tous les jours.

30 mars. — Le malade est en pleine convalescence. Pendant toute la durée de sa pleuro-pneumonie, il n'a pas eu d'accès fébriles véritablement intermittents ; la fièvre a suivi sa marche cyclique habituelle.

1<sup>er</sup> avril. — L'appétit est bon, ainsi que le sommeil.

Le malade sort guéri le 3 avril.

(A. Vulpian. Clinique médicale de l'hôpital La Charité).

## *2° Tympanisme postérieur*

Le tympanisme postérieur se rencontre à la base de la poitrine. Comme le tympanisme antérieur, il peut être compensateur soit au niveau, soit à une certaine distance du foyer pneumonique, d'où la division :

Tympanisme postérieur : a) compensateur au niveau ;  
b) compensateur non au niveau.

### *a) Observations de tympanisme postérieur compensateur au niveau*

## OBSERVATION VII

Woillez. — Archives de Médecine, 1856.

Son tympanique en arrière de la poitrine à gauche, au niveau d'une pneumonie circonscrite.

Un commissionnaire, âgé de 30 ans, robuste et d'un embonpoint médiocre, fut admis le 6 octobre 1855, à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Jeanne, n° 68). Santé excellente antérieurement à la maladie actuelle. Signes d'embarras gastro-intestinal depuis quelques jours, lorsque la veille de son admission, il fut pris de frissons, courbature générale, douleurs des deux côtés de la poitrine et toux. Il fut saigné le lendemain, puis dirigé sur l'Hôtel-Dieu, où apparurent le soir des crachats d'un jaune rougeâtre, très visqueux et peu aérés.

Le lendemain, troisième jour, il est dans l'état suivant :

Décubitus dorsal, un peu d'abattement, pouls à 104, chaleur médiocre de la peau ; anorexie, soif ; respiration à 40, un peu haute mais diaphragmatique et costale.

Poitrine bien conformée en avant, et avec saillie relative légère du côté gauche en arrière. A la percussion, *son d'une intensité tympanique en avant, des clavicules aux mamelons, un peu plus intense à gauche qu'à droite* ; en arrière, son normal partout, mais évidemment exagéré à gauche dans un espace limité, vers l'angle inférieur de l'omoplate. Dans ce même point, la toux fait immédiatement apparaître un peu de souffle sans râles humides, mais avec retentissement prononcé de la voix ; partout ailleurs en arrière, la respiration est seulement faible, tandis qu'en avant elle est vésiculaire, mais accompagnée à droite de quelques râles sonores, et à gauche d'expiration prolongée. Prescriptions : gomme sucrée ; julep, tartre. stib. 0,20, et sir. théb., 15 gr. ; 12 vent. scar. pour 300 grammes de sang, diète.

Le lendemain quatrième jour de la maladie, physionomie meilleure, moins d'abattement, pouls à 70 ; les ventouses ont fourni 300 grammes de sang. Respiration 24, plus facile ; toux peu fréquente ; une douzaine de crachats, les uns visqueux, demi-transparents, les autres sanglants, mêlés de mucus et tous très adhérents au vase. Mêmes

signes thoraciques qu'hier, si ce n'est que dans le point postérieur gauche, où existe comme la veille, le son tympanique, il est survenu un râle crépitant très fin, sans souffle ni retentissement bronchique de la voix, même après la toux. Appétit ; deux selles liquides (tart. stib.), sans vomissements ni coliques ; sommeil calme la nuit. Pas de ventouses scarifiées ; 4 bouillons ; le reste est *ut supra*.

Le sixième jour, pouls à 56, régulier ; appétit plus vif. En avant de la poitrine, le bruit respiratoire est naturel, et la percussion donne un son normal et égal des deux côtés. En arrière, la moitié inférieure du thorax donne à droite et à gauche, à la percussion, un son tympanique, mais bien plus tympanique à gauche dans le point limité déjà indiqué (vers l'angle inférieur de l'omoplate), où l'on ne perçoit plus que quelques bulles rares de râle crépitant fin, disparaissant par la toux ; voix également retentissante des deux côtés. Gomme sucrée, jul. ; sir. théb. 15 gr. ; une portion d'aliment.

Dès le septième jour, respiration vésiculaire et naturelle en arrière, partout, sans râles ni bronchophonie dans le point indiqué, où il existe seulement encore un peu d'exagération du son à la percussion. Jusqu'au douzième jour (sortie), on augmente les aliments, le malade se trouvant très bien et la poitrine ne présentant plus rien de particulier à noter. A la sortie, l'exagération du son dans le point occupé précédemment en arrière par la pneumonie est à peu près complètement disparue.

---

b) *Observations de Tympanisme postérieur compensateur  
non au niveau*

OBSERVATION XLV

Morat (Modeste), soixante-treize ans, journalière, entrée le 17 août 1849 au numéro 42 de la salle Sainte-Marthe (hôpital Bon-Secours).

Cette femme est vigoureuse malgré son âge, et continue un travail assez fatigant (porteuse à la Halle), malgré l'incommodité que lui cause une gêne de la respiration qu'elle appelle asthme, et dont le début remonte à 10 ans. Depuis trois semaines environ, la malade tousse plus que d'habitude et se sent plus fatiguée. Depuis cette époque, diminution de l'appétit ; de temps en temps surviennent des frissons suivis de chaleur. La malade assure n'avoir jamais eu de pneumonie. Hier seulement elle fut forcée de garder le lit. Elle éprouva un frisson plus violent que les autres, avec un point de côté à droite, s'exaspérant par la pression, et siégeant au niveau des fausses côtes.

Le 17 août, soir, 112 pulsations faibles, ondulantes, langue large humide, blanche ; constipation. La peau est peu chaude ; taches ecchymotiques de purpura sur tout le corps, s'étant montrées à une date inconnue. Etat local : à gauche, en arrière, matité très forte, depuis le sommet jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate ; *sonorité exagérée et comme tympanique dans les autres points*. En avant, du même côté, matité continue depuis la clavicule jusqu'en bas ; impossibilité de fixer par la percussion les limites du cœur. A droite, sonorité anormale, exagérée dans toute la hauteur du poumon, tant en avant qu'en arrière. A l'aus-

cultation : souffle tubaire très prononcé, d'un timbre très sec, dans toute l'étendue du lobe supérieur gauche. Bronchophonie intense ; pas de râle, même au pourtour de ce souffle. En avant, à gauche, pas de souffle, pas de murmure respiratoire, si ce n'est dans le lointain ; au-dessous, la respiration est aussi faible, lointaine, mais sans bronchophonie ni égophonie ; quelques râles muqueux. Rien absolument à l'auscultation à droite, où on ne trouve que quelques râles sibilants au sommet. Aucune douleur de ce côté. Expectoration verdâtre, avec quelques filets de sang. (Tartre stibié, 0,30 ; opium, 0,05 ; six ventouses scarifiées.)

Le 18, matin, selles très nombreuses : trois vomissements ; le point de côté est soulagé ; 100 pulsations faibles, ondulantes avec quelques intermittences ; moiteur de la peau pendant la nuit ; 28-32 respirations ; les extrémités sont un peu froides ; langue humide, blanche. Etat local : pas de changement. Côté droit : sonorité toujours parfaite ; point de râles ou de souffles. En arrière du poumon gauche, au niveau de l'omoplate, toujours matité absolue ; souffle très intense comme caverneux, mêlé çà et là de quelques râles. Expectoration très abondante de crachats muqueux, verdâtres, sanguinolents, arrondis ; dans toute l'étendue du lobe inférieur respiration absente, sans bronchophonie et sans égophonie. Quelquefois cependant on croit entendre dans le lointain quelque chose d'analogue au murmure respiratoire, mais cela est peu distinct. Dans certains autres moments, on a toujours sous l'oreille une sorte de bruit métallique qui semble produit par un liquide tombant dans une vaste cavité. Ce bruit n'est pas constant ; il se montre parfois pendant plusieurs inspirations de suite. Il semble évident que ce bruit tient à la distension de l'estomac par des gaz mélangés de liquides, car la déglutition d'un peu de tisane tantôt le produit et tantôt le fait disparaître. (Tartre stibié, 0,30.)

Le 19 au matin, nuit bonne ; deux selles ; langue large

et humide ; peu de toux ; 108-112 pulsations irrégulières et intermittentes ; peau chaude ; 28-32 respirations. Expectoration un peu rouillée. (Tartre stibié, 0,30.)

Le 19 soir. Même état du poumon gauche. 112-116 pulsations irrégulières, intermittentes ; une selle, langue humide ; 36 respirations ; peau chaude ; expectoration muqueuse striée de sang. Etat local : à gauche, rien de nouveau ; à droite, râles crépitants fins dans toute la partie inférieure du poumon, avec matité dans les points correspondants ; pas de frissons, pas d'exagération du point de côté. (Prescription supplémentaire : huit ventouses scarifiées ; tart. stib., 0,30.)

Le 20 matin. Sommeil agité ; pas de vomissements ; une selle. 80-84 pulsations, toujours irrégulières avec des intermittences fréquentes. 32-36 respirations ; expectoration muqueuse, roussâtre. Etat local : à droite, râles plus volumineux que la veille ; respiration un peu soufflante ; rien à gauche qui soit changé. (Tart stibié, 0,30 ; vésicatoire sur le côté gauche ; extrait de quinquina, 1 gramme, après l'usage de la potion stibiée.)

Le 21, matin. On ne peut compter le pouls, à cause de son irrégularité. 36 respirations ; peau chaude, langue humide, blanche ; crachats légèrement rouillés par place. Quelques nausées ; une ou deux selles. Etat local : à droite râles muqueux, ronflants, sibilants, à la place des râles sous-crépitanants ; respiration rude ; mais non soufflante. Rien de changé à gauche.

Le 21, soir. Trois selles ; quelques nausées ; pouls irrégulier, incomptable. Crachats un peu rouillés ; langue humide blanche, un peu de douleur au pharynx. Etat local : à droite dans l'aisselle, souffle et râles sous-crépitanants dans une étendue large comme la main ; la pneumonie s'est étendue vers ce point. (Tartre stibié, 0,30 ; extrait de quinquina, 1 gramme.

Le 22, matin. 108-112 pulsations ; beaucoup moins irrégulières, plus pleines. 36 respirations ; langue humide ;

pas de vomissements ; pas de selles ; peau chaude ; expectoration muqueuse. Etat local : le même que la veille au soir. (Oxyde blanc d'antimoine, 1 gramme ; extrait de quinquina, 1 gramme.)

Le 23, matin. Nuit très agitée ; toux fréquente ; délire. Teinte jaunâtre et plombée de la peau ; 192 pulsations ; 36 respirations ; langue humide, pas de vomissements ; une selle, expectoration muqueuse. Etat local, toujours le même.

Le 24, matin, un peu de sommeil pendant la nuit ; pouls impossible à compter ; peau chaude et moite ; langue humide ; 36 respirations ; expectoration muqueuse. Trois ou quatre selles. A droite, respiration dans tout le poumon, à peine quelques râles. (Extrait de quinquina 1 gramme ; oxyde blanc d'antimoine, 1 gr. 50 ; vésicatoire à gauche).

Le 25, matin, 132-136 pulsations irrégulières ; 36-40 respirations ; prostration considérable ; depuis deux jours, éruption herpétique autour des lèvres et du nez ; grande agitation la nuit ; respiration bruyante. Etat local : à droite, réapparition des râles muqueux et sous-crépitants ; rien de changé à gauche. (Bagnols, 60 grammes ; quinquina un gramme).

Dans la journée la prostration augmente, l'expectoration prend une teinte acajou ; le côté droit présente à nouveau du souffle mêlé de râles sous-crépitants ; la matité est toujours la même sur ce point. A gauche, toujours le même souffle obstiné et les mêmes symptômes ; 44-48 inspirations ; 132 pulsations inégales, irrégulières et intermittentes en même temps que faibles. Mort à 11 h. du soir.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on trouve que le cœur très volumineux occupe l'espace compris entre la clavicule et l'origine des fausses-côtes du côté gauche, et qu'aucune portion du poumon gauche n'est visible. L'hypertrophie du cœur porte sur toutes les cavités à la fois ; les relations de leurs dimensions entre elles, comme

celles de leurs parois, sont maintenues. On ne constate aucune lésion valvulaire.

Le poumon droit est très volumineux, son bord antérieur s'avance très loin sur la gauche, et est, de plus emphysémateux.

Le diaphragme remonte extrêmement haut dans le thorax ; l'estomac l'a suivi et a entraîné la rate avec lui ; de telle sorte que la portion cardiaque de l'estomac est dans l'enceinte thoracique, qu'elle est tournée en dehors et répond à la surface inférieure du poumon gauche, dont elle n'est séparée que par le diaphragme et par la rate. Le poumon gauche, singulièrement diminué de volume, ne répond guère qu'aux six ou sept premières côtes. Le poumon droit est emphysémateux à son sommet seulement, et dans une quinzaine de lobules environ ; les autres sont sains. Les lobules emphysémateux forment alors une saillie mamelonnée au-dessus de la surface pulmonaire ; le lobe moyen du poumon est intact.

Le lobe inférieur est presque complètement hépatisé ; toutefois, une zone de 2 pouces, à sa partie supérieure, est seulement engouée. Dans tout le reste de son étendue, il est volumineux, lourd, dur, compact, sans trace d'aération. A sa surface, au niveau du bord postérieur, on trouve une fausse membrane purulente. Lors de la coupe, on remarque que la partie centrale offre une coloration plus foncée que la portion périphérique. Cette dernière a environ deux centimètres d'épaisseur, ce qui donne un volume beaucoup plus considérable à la partie centrale. Une ligne de démarcation très nette et brusquement accusée sépare ces deux degrés d'hépatisation. Celle de la partie centrale paraît plus avancée ; la désorganisation est plus forte, la coloration plus brune, plus foncée ; la distinction des lobules est presque nulle, la friabilité très grande, et l'aspect de la coupe très granulé. La portion périphérique, au contraire, est

d'un rouge plus vif, le tissu est moins friable ; en un mot, l'hépatisation paraît de date plus récente.

Poumon gauche : On éprouve une grande difficulté à l'enlever du petit espace qu'il occupe dans la cavité de ce côté. Il adhère fortement à la gouttière vertébrale, dans laquelle il est aplati. Une fois enlevé, on constate qu'il a environ 10 centimètres du sommet à la base ; l'épaisseur est tout au plus d'un pouce vers le bord postérieur. Il est enveloppé d'une pseudo-membrane cartilagineuse (2 ou 3 lignes d'épaisseur environ), jaunâtre, excepté sur la face interne, où on retrouve le tissu pulmonaire, si bien que la substance pulmonaire, surtout vers le bord du poumon, est presque réduite à rien. Cette fausse membrane, développée surtout au niveau du bord postérieur du poumon, est très difficile à séparer de la paroi thoracique dont elle porte l'empreinte. Il est impossible de l'isoler du poumon qu'elle recouvre, sans produire de déchirure. La base du poumon, dans toute sa partie antérieure et latérale, adhère très intimement au diaphragme qu'elle a retiré à elle, comme nous l'avons indiqué, mais vers la partie postérieure. Entre la face supérieure du diaphragme et la face inférieure du poumon ulcéré, vers la partie postérieure, existe une cavité, une sorte de caverne. Une partie de cette caverne est constituée par la partie la plus inférieure de la plèvre épaissie, laquelle va par son bord postérieur rejoindre le diaphragme. Partout cette excavation est tapissée par une membrane lisse. Elle contient les traces d'une sorte de sécrétion, mais en réalité pas de liquide qu'on puisse recueillir. Cette caverne s'ouvre dans le poumon par une ulcération assez large, de date ancienne. Elle a la forme d'un entonnoir, dont le sommet admettrait une plume d'oie, et s'ouvre dans un gros tuyau bronchique, et dont la base est constituée par la surface du diaphragme. Les bords de cette ulcération qui donnerait passage à une forte plume d'oie, sont lisses, durs, arrondis, cartilagineux et entourés d'autres ulcérations

moins avancées et conduisant toutes dans les culs-de-sac. Un stylet introduit dans la fistule principale, arrive directement et sans déviation dans la trachée-artère. Le tissu pulmonaire, qui a la consistance d'un squirrhe dans toute son étendue, et crie sous le scalpel, est foncé et d'un bleu verdâtre, sans traces d'aération ni de division lobulaire que représentent seuls de petits filaments blanchâtres rencontrés ça et là.

Lorsqu'on examine le tissu pulmonaire par sa face interne, on voit que les bronches, les vaisseaux se déchirent à la manière habituelle. La bronche gauche principale est presque aussi volumineuse que la droite. Elle se divise en 4 à 5 ramifications de deuxième ordre, qui sont volumineuses ; mais les ramifications de troisième ordre ne peuvent être suivies dans le parenchyme, avec lequel elles sont confondues. En avant de ces bronches se voient les orifices de quelques vaisseaux qui, encore en activité, semblent appartenir aux vaisseaux bronchiques et aux veines pulmonaires. Quant à l'artère pulmonaire, sa division gauche forme un sinus, dont le côté externe est en contact immédiat avec la face interne du poumon. Le fond du sinus présente 4 ou 5 orifices de calibre variable, et qui eux-mêmes présentent dans leur fond des orifices de troisième ordre, lesquels se terminent dans la substance pulmonaire, dans laquelle certains d'entre eux peuvent être suivis assez loin.

En cherchant à suivre les ramifications bronchiques dans l'épaisseur du poumon, on s'aperçoit bientôt qu'une seule division de troisième ordre est perméable ; c'est elle qui s'ouvre au sommet de l'excavation que nous avons décrite. Les autres tuyaux bronchiques de même ordre qui s'ouvrent à son voisinage, dans la bronche gauche, se terminent promptement en culs-de-sac dans le tissu pulmonaire rétracté.

Du reste, l'orifice supérieur de la caverne ne débouche

pas directement dans la bronche. Entre elle et lui, il existe un trajet de calibre analogue à celle-ci dont les parois sont formées par la substance pulmonaire cartilaginifiée. Ce trajet offre une sorte d'ampoule qui, par son orifice interne, communique avec une cavité anfractueuse qui pourrait loger une amande, et qui est creusée dans la substance pulmonaire, au niveau de la partie inférieure du bord postérieur du poumon. Le long de ce trajet intermédiaire à l'excavation sus-diaphragmatique et à la bronche, on rencontre plusieurs orifices bronchiques, qui tous se terminent brusquement en forme de culs-de-sac. La cavité principale, de formation ancienne, comme toutes ces lésions, communique donc largement avec la trachée et offre des parois fixes et dures et une paroi inférieure mobile constituée par le diaphragme. (J. Béhier. Conférence de Clinique Médicale).

#### OBSERVATION XVII

Favard Annette, 44 ans, entre le 2 août 1875 au soir, à l'hôpital, pour y mourir le 4 au matin. Anémique, profondément débilitée, ayant vécu misérablement, elle a de la bronchite depuis quinze jours. Le 29 juillet, fièvre et point de côté à droite. Au matin, on constate : T., 38°4 ; P., 20 ; R., 48. Matité dans la fosse sous-épineuse droite ; son tympanique élevé depuis l'angle de l'omoplate jusqu'en bas. A l'auscultation, respiration obscure dans les fosses sous et sus-épineuses ; depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à 3 travers de doigt au-dessous, souffle tubaire et râles sous-crépitants ; plus bas, râles fins et faiblesse du bruit vésiculaire ; choc et bruits du cœur petits, précipités, réguliers.

Urines albumineuses. Soir : T., 38°5 ; P., 120 ; R., 44. Mort le 4.

*Autopsie.*— 200 grammes de liquide séreux sale avec flocons fibrineux dans la plèvre droite. Adhérences pulmonaires récentes. Lobe supérieur du poumon très congestionné, tissu noir, flasque, crépitant ; partie moyenne du poumon, dure, friable ; hépatisation grise (pus concret dans les alvéoles) ; lobe inférieur compact, noirâtre, engoué.

Dans la plèvre gauche, 200 grammes de liquide. Poumon engoué de sérosité et de sang, mais crépitant partout.

Le péricarde contient 30 grammes de sérosité. Cœur dilaté, flasque, grasseyé : valvules intactes. Dépôts athéromateux dans tous le trajet de l'aorte. Foie pâle, un peu gras ; cinq calculs volumineux dans la vésicule. Reins très congestionnés. Tumeur fibreuse utérine interstitielle, du volume d'un gros marron. (Bernheim. — Leçons de clinique médicale).

#### OBSERVATION PERSONNELLE

La nommée Def..., âgée de 26 ans, bijoutière, entre le 7 novembre 1875, salle Cruveilhier, lit n° 29, hôpital Tenon, dans le service du Dr Mathieu.

Le 6 au soir, elle fut prise d'un frisson violent, intense, qui dura un quart d'heure. En même temps survenait une douleur pongitive sous le sein gauche. Fièvre vive. Sueurs, nausées, insomnies.

L'état général s'aggravant, sa famille l'amène à l'hôpital.

8 nov. — T. 40.

Oppression, dyspnée.

Douleur sous le mamelon gauche. .

Pas d'expectoration, mais toux fatigante.

Pas de phénomènes digestifs.

Demonchy

A la percussion :

Submatité dans la fosse sous-épineuse gauche.

Skodisme absolument net à la base du même côté.

A l'auscultation :

Souffle tubaire intense au point où la submatité a été constatée. Quelques râles sous-crépitaux.

Rien à droite.

9 nov. — La matité s'affirme au lobe moyen gauche ; le skodisme inférieur s'est encore accentué.

Souffle tubaire persistant.

T. — 40°, 5.

10 nov. — Persistance des signes de percussion.

Nombreux râles sous-crépitaux.

T. — 40°, 2.

12 nov. — Les signes de la percussion s'atténuent.

Nombreux râles sous-crépitaux.

T. — 37°, 8. — La défervescence s'est faite brusquement.

15 nov. — Persistance des râles sous-crépitaux. Amaigrissement de la malade.

20 nov. — La malade est tellement pâle, tellement amaigrie et anémiée qu'on se demande s'il n'y a pas quelque tuberculose latente. Râles sous-crépitaux.

25 nov. — Etat stationnaire.

30 nov. — Les râles ont à peu près disparu. L'état général s'améliore grâce au traitement reconstituant institué (toniques, viande crue, etc.)

5 déc. — La malade part pour le Vésinet, entièrement guérie.

Enfin en dernier lieu nous relaterons une observation de *tympanisme compensateur de tout le côté opposé*. C'est la seule que nous ayons rencontrée. Nous ferons

remarquer d'ailleurs combien il est difficile de se rendre compte s'il y a ou non tympanisme, alors que le côté opposé du thorax ne peut être pris comme point de repère. Rien ne dit du reste que la sonorité constatée n'était pas antérieure à l'affection aiguë thoracique en question.

#### OBSERVATION XLI

Chevalier, Jean, 68 ans, taillandier. Entré le 11 janvier 1862, salle Saint-Paul, n° 20. Mort le 15 janvier.

Ce vieillard nous dit que depuis huit ans il est atteint, d'accès de dyspnée, fréquents et violents, surtout pendant l'hiver. Déjà depuis quatre ans, il a dû cesser de travailler, et va s'affaiblissant chaque jour.

Le 1<sup>er</sup> janvier 1862, il est pris de frissons en même temps que la dyspnée s'accroît d'une façon menaçante et le force à rester alité. Enfin son état s'aggravant chaque jour, il entre le 11 janvier à la Pitié, où il est couché salle Saint-Paul n° 20.

Le 12, voici dans quel état nous le trouvons : maigreur extrême, face cyanosée ; la dyspnée est telle, qu'il ne peut répondre que par monosyllabes et d'une voix presque soufflée. La toux est fréquente et amène l'expectoration pénible de crachats purulents.

La percussion de la poitrine dénote, en arrière, dans toute l'étendue du poumon droit, une matité très prononcée, contrastant avec la *sonorité exagérée du côté gauche*. A l'auscultation, on entend dans toute la hauteur du poumon gauche des râles sibilants aigus, mêlés de gros râles de bronchite. A droite, dans tous les points correspondant à la matité, on entend des râles crépitants nombreux avec quelques râles sibilants. Rien du côté du cœur. Depuis

longtemps, le malade est tourmenté par une diarrhée abondante. On applique un large vésicatoire sur le côté droit de la poitrine et un à chaque bras. (Potion avec 2 grammes d'extr. de quinquina).

Le 14. La dyspnée et la cyanose sont un peu moins prononcées, quoique encore très violentes : les râles sont moins abondants : le malade a pu dormir quelques heures. On continue l'extrait de quinquina, 2 grammes.

Le 15. Le malade succombe à 8 heures du matin.

Le 18. Autopsie. Les deux tiers inférieurs du poumon droit sont complètement envahis par l'hépatisation rouge, dont les caractères ne sont pas douteux. Sur ce poumon, en avant, comme sur le poumon gauche, on trouve tous les caractères anatomiques d'un emphysème pulmonaire généralisé.

(Béhier : Conférences de clinique médicale de la Pitié, 1861-1862).



### Mécanisme

On trouve toujours une explication des phénomènes cliniques. La médecine physiologique n'est jamais embarrassée pour démêler la pathogénie des symptômes. La faculté d'interprétation de l'homme est telle, que toujours, plusieurs solutions viennent s'offrir à l'esprit pour résoudre le problème posé.

Cette surabondance de raisonnements, cette richesse de solutions ne sont qu'apparentes. Elles cachent l'embarras réel où l'on est de poser des conclusions fermes, s'imposant à tous et basées sur des preuves indiscutables.

Ceci a lieu précisément dans le cas qui nous occupe. Des explications multiples surgissent. Nous citerons celles de Woillez, Jaccoud, Bernheim, Faisans, et après les avoir exposées nous en ferons un résumé rapide.

Woillez (1), considère que le tympanisme est lié à l'augmentation de volume du poumon, augmentation rendue bien évidente par la mensuration thoracique pendant l'existence du tympanisme, et à la diminution consécutive de la capacité thoracique.

« Les observations sur lesquelles est basé ce travail, dit Woillez, sont venues confirmer aussi certaines assertions de Skoda, regardées comme invraisemblables, sinon comme fausses. Telles sont celles relatives à l'existence de

(1) Woillez. Loc. cit. p. 299.

l'exagération tympanique du son au niveau d'un poumon contenant moins d'air que dans l'état normal, ou infiltré de sang ou engorgé par l'inflammation, mais contenant encore une certaine quantité d'air. »

Le professeur *Jaccoud* (1), parlant du tympanisme précurseur s'exprime ainsi : « ... le son est tympanique, c'est-à-dire que la sonorité est exagérée, lorsque l'exsudation, tout en diminuant la quantité d'air pulmonaire, en laisse assez pour que l'ébranlement, résultant de la percussion, produise des vibrations sonores ; le tissu formant paroi est alors incomplètement distendu, puisque le contenu gazeux a diminué, et les conditions physiques sont celles d'une vessie pleine d'air à tension moyenne ; le son produit par l'ébranlement thoracique de la percussion est à ce niveau plus clair et plus intense, il est tympanique et la tonalité en est abaissée (son plein des Allemands) parce que la diminution de la tension diminue le nombre des vibrations dans l'unité de temps. On conçoit d'après cela que le son tympanique est un phénomène tout à fait initial et temporaire, il fait rapidement place au son obscur ou sourd. »

*Bernheim* de Nancy consacre un long chapitre à l'explication de ce tympanisme ; il résume, sur ce sujet, les idées de l'Ecole de Vienne : « L'observation montre que le poumon tendu a un son non tympanique, tandis que le poumon relâché a un son tympanique. Si un lobe du poumon, l'inférieur par exemple, vient à s'hépatiser, il augmente de volume, il occupe dans le thorax une capacité

(2) *Jaccoud*. Loc. cit. p. 55.

plus grande, et ce faisant, il permet au lobe supérieur non malade d'obéir à sa rétractilité, de revenir sur lui-même; celui-ci alors, étant relâché, reprend sa sonorité tympanique.»

*Faisans*, de son côté, s'exprime ainsi sur le son skodique de la Pleurésie : « Le skodisme ou bruit skodique est une des formes de la sonorité supplémentaire. Ce tympanisme est quelquefois de tonalité grave, bien plus souvent de tonalité aiguë : mais je me hâte d'ajouter que ces derniers caractères n'offrent qu'un intérêt purement théorique : on n'en peut tirer aucune conclusion ni sur le volume de l'épanchement, ni sur la qualité du liquide, ni sur la nature de la pleurésie, ni sur l'état du poumon ou le degré de participation de cet organe à la maladie. Et cependant la constatation du tympanisme lui-même est importante, parce qu'il fait partie du syndrome physique de la suppléance et que les variations donnent les indications que l'on attendrait vainement de l'étude isolée de chacun des signes qui le constituent.

En résumé, les uns considèrent le tympanisme comme résultant de la distension incomplète des alvéoles pulmonaires; les autres en font un simple phénomène de suppléance. La première hypothèse expliquerait facilement les deux catégories de tympanisme : compensateur et précurseur.

Dans le tympagnisme précurseur, la distension incomplète des alvéoles, ou mieux leur relâchement est dû à l'exsudat qui diminue la quantité d'air pulmonaire et partant la pression; dans le tympanisme compensateur le relâchement est dû à l'ampliation du lobe hépatisé qui refoule les lobes sains.



## CONCLUSIONS

---

I. — On trouve fréquemment, en percutant le thorax des pneumoniques des zones de tympanisme.

II. — Ces zones de tympanisme se rencontrent dans deux circonstances différentes : a) Au début de la pneumonie ; b) Pendant la période d'état.

III. — Le tympanisme du début, que nous appelons *tympanisme précurseur*, se montre avant l'éclosion de tout autre signe stéthoscopique. Il est presque constant mais passe souvent inaperçu à cause du peu de durée de son existence. En 24 ou en 48 heures, il fait place à la matité.

IV. — Le tympanisme de la période d'état peut s'appeler *tympanisme compensateur*, car il est analogue à celui qu'on rencontre sous la clavicule dans la pleurésie.

On le rencontre :

a) Des deux côtés aux sommets (rare).

b) Des deux côtés aux bases (rare).

c) D'un seul côté { en haut (fréquent).  
                              { en bas (fréquent).

Dans cette dernière catégorie de faits, on peut le trouver à la même hauteur que le foyer d'hépatisation, mais sur la face opposée du thorax (en avant si la matité est en arrière, par exemple) ; ou bien on peut le trouver à une hau-

teur différente du foyer de pneumonie. Dans ces deux cas, il a la même signification physiologique. Mais il est différent du tympanisme précurseur dont nous avons déjà parlé, qui est comme le stade initial obligatoire de la maladie alors que celui-ci n'est que contingent.

V. — Ce tympanisme peut s'expliquer par le relâchement du poumon. C'est un fait d'observation que le poumon relâché est tympanique. Le relâchement de l'organe est causé : dans le tympanisme précurseur, par la raréfaction de l'air, due à la présence de l'exsudat ; dans le tympanisme compensateur, par la mise en détente des lobes non malades que le bloc hépatisé soulève en augmentant de volume.

Vu :

*Le Président de la Thèse,*  
POTAIN.

Vu : *Le Doyen,*  
BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*  
GRÉARD.



## BIBLIOGRAPHIE

**Avenbrügger.** — Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité. Trad. du latin. Paris. 1808.

**J. Béhier.** — Conférences de Clinique médicale faites à la Pitié 1861-62.

**Bernheim.** — Leçons de clinique médicale 1877.

**Courtin.** — De l'emploi des bains sulfureux dans l'asthme avec quelques considérations sur la nature et les symptômes de cette affection. Gazette médicale de Paris 1847.

**Dieulafoy.** — Manuel de pathologie interne.

**Faisans.** — Maladies des organes respiratoires. Collection Léauté.

**Galliard.** — Le bruit de pot fêlé. Médecine moderne 25 septembre 1895.

**Graves.** — Leçon de clinique médicale. Ouvrage traduit et annoté par le Professeur Jaccoud 1862.

**Grisolle.** — Traité de la pneumonie, 1864.

**Hippocrate.** — Œuvres. Edit. Littré.

**Jaccoud.** — Traité de pathologie interne 1872.

**Leveran et Teissier.** — Pathologie interne.

**Louis.** — L'emphysème. Mémoires de la Société médicale d'observation, Tome I.

**Netter.** — La pneumonie. in traité de médecine publié sous la direction Charcot-Bouchard, Tome V.

**Piorry.** — De la percussion médiate et des signes obtenus à

l'aide de ce nouveau moyen d'exploration dans les maladies des organes thoraciques et abdominaux. Paris 1828.

Potain. — Les origines de la Clinique, leçon recueillie par H. Vaquez, in Clinique médicale de la Charité.

Racle. — Traité de diagnostic.

Schutzenberger. — Fragments d'études pathologiques et cliniques 1879.

Skoda. — Traité de percussion et d'auscultation, traduit par Aran.

Trousseau. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris 1877.

A. Vulpian. — Clinique médicale de la Charité.

Woillez. — Nouvelles études sur des bruits de percussion thoracique, Archives générale de Médecine 1856 Vol. II.

— De la congestion pulmonaire considérée comme élément habituel des maladies aiguës. Archives générales de médecine 1854.

Dict. Dechambre. — Art. Percussion, Skodisme, Pneumonie.

Dict. Jaccoud



